

**FACULTE DE MEDECINE
SAINT-ANTOINE
UNIVERSITE PARIS VI**

ANNEE 1970

THESE

N^o

10

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

P A R

Pierre GASCON

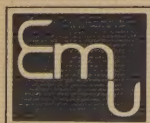
Né le 9 Avril 1942 à NEUILLY-sur-SEINE

PRESENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE :

**A PROPOS DE CINQ OBSERVATIONS
DE FISTULES OESO-AERIENNES BENIGNES.**

Président : Mr. H. BROCARD, Professeur.

EDITIONS MEDICALES



ET UNIVERSITAIRES

40, rue Pascal - PARIS XIIIe

A MES PARENTS

QUI, PAR LEURS EFFORTS, LEUR SOUTIEN
ET LEUR AMOUR, M'ONT PERMIS D'ATTEINDRE
CE BUT,
AVEC TOUTE MON AFFECTION, MA RECONNAISSANCE
ET MON RESPECT POUR LEUR COURAGE.

A MARIE-ANGELE

A MA BELLE-SOEUR

A MON FRERE

A MES ONCLES ET TANTES

A TOUS LES MIENS.

-:-:-:-



A MA SOEUR CATHERINE

QUI NOUS A QUITTE TRAGIQUEMENT

LE 14 JUILLET 1968,

SA GAITE RESTE GRAVEE DANS NOTRE MEMOIRE.

A MARIE-AUDE LACOMBE.

AU DOCTEUR H. BROCARD

MEDECIN DE L'HOPITAL TENON

PROFESSEUR A LA FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

QUI NOUS A FAIT LE GRAND HONNEUR D'ACCEPTER DE PRESIDER CETTE THESE.

A MONSIEUR LE DOCTEUR GABRIEL ROCHE

QUI NOUS A PROPOSE LE SUJET DE CETTE THESE ,

QU'IL ACCEPTE L'EXPRESSION DE NOTRE GRATITUDE .

A MONSIEUR LE DOCTEUR TOTTY ,

CHIRURGIEN DE L'HOPITAL FOCH

QUI A BIEN VOULU NOUS CONFIER QUATRE DE

NOS OBSERVATIONS

TEMOIGNAGE DE NOTRE RECONNAISSANCE .

A NOS MAITRES A LA FACULTE ET DANS LES HOPITAUX

PROFESSEURS DE SEZE

J. GOSSET

R. KOURILSKY

AGREGE R. PIERON

M. LAMOTTE

A. MOZZICONACCI

H. LESTRADET

F. CONTAMIN

J. POULET

AU DOCTEUR YVES DELANOË

A MONSIEUR ET MADAME R. BLOCH

A MONSIEUR ET MADAME B. ROUPRET

AU DOCTEUR B. ROUPRET

A TOUS MES AMIS.

A PROPOS DE CINQ OBSERVATIONS DE
FISTULES OESO-AERIENNES BENIGNES DE L'ADULTE

I N T R O D U C T I O N

Monsieur J... (obs n° 4) fut hospitalisé dans le Service du DOCTEUR G. ROCHE, sur les conseils d'un gastro-entérologue, en vue d'un bilan digestif.

En effet, l'état cachectique du malade laissait prévoir l'existence d'une néoplasie viscérale. Notre surprise fut grande quand le radiologue nous apprit qu'il avait interrompu le transit baryté oesophagien devant l'apparition du produit opaque dans le système bronchique. Dès lors, l'interrogatoire du malade nous révéla l'existence d'une toux lors de l'ingestion d'aliments.

Les examens complémentaires, outre qu'ils éliminèrent une néoplasie, firent la preuve d'une fistule inter oeso-bronchique, affection dont il nous restait à préciser l'étiologie.

Les documents compulsés nous apprirent la faible fréquence de cette affection, ainsi que les problèmes diagnostiques et étiologiques qu'elle pose, sa présence chez le nouveau-né comme chez le vieillard, alors terme évolutif d'un cancer oesophagien, nécessitant l'intervention chirurgicale rapide chez le premier. Entre ces deux possibilités se situent des FISTULES OESO-BRONCHIQUES dites BENIGNES, fistules pouvant être la filiation

d'une affection congénitale, soit qu'elle représente un phénomène acquis dont le mécanisme sera à préciser.

Le DOCTEUR G. ROCHE nous proposa ce travail pour sujet de thèse, ce dont nous le remercions très sincèrement.

CLASSIFICATION

De très nombreux termes sont utilisés pour caractériser les fistules de l'oesophage dont certains prêtent à confusion. Cette classification devra donc grouper, dans une même rubrique, toutes les fistules oesophagiennes intéressant l'appareil respiratoire : trachée, poumons, plevres.

Pour ce faire, J. et V. DOR (Marseille) proposent le terme de "fistules oeso-respiratoires" (F.O.R.) qui a le mérite de s'étendre au cou et au thorax et de ne concerner avec l'oesophage que le seul appareil respiratoire, englobant ainsi les fistules oeso-pulmonaires, oeso-bronchiques, trachéo-oesophagiennes et la plupart des fistules oeso-thoraciques.

- Anatomiquement :

Les F.O.R. comportent deux groupes :

a) fistules entre oesophage et conduit aérien

- . Oeso-bronchiques
- . Oeso-pulmonaires
- . Oeso-trachéales

b) fistules entre oesophage et espaces pleuraux qui mettent l'oesophage en communication avec la cavité pleurale, les cavités extra-pleurales, extra-périostées et extra-musculo-périostées. (ces trois dernières étant généralement post-traumatiques).

L'ensemble de ces deux catégories constitue le groupe des fistules oeso-respiratoires, ce terme "respiratoire" étant entendu dans le sens anatomique.

Le premier groupe (fistules oeso-trachéales
fistules oeso-bronchiques
fistules oeso-pulmonaires

mérite seul le titre de fistules oeso-aériennes ; appellation simple incluant bien une continuité entre oesophage et circuit aérien. Ce terme évoque donc bien l'interpénétration du transit oesophagien et du circuit aérien, ainsi que le caractère organique de cette communication.

Les secondes seront des fistules "statiques", oeso-cavitaires, quel que soit le sens de cavitaire :

pleurales, post-traumatiques,
extra-pleurales,
extra-musculo-périostées.

Nous n'étudierons dans ce travail que des cas entrant dans le groupe un des fistules oeso-respiratoires, soit les fistules oeso-aériennes, excluant d'emblée les fistules du deuxième groupe.

B. Parmi les fistules oeso-aériennes

On distingue trois catégories, selon l'étiologie :

1. les fistules néo-natales ou congénitales du nouveau-né 1/6ème
2. les fistules néoplasiques

Essentiellement cancer de l'oesophage,
groupe le plus important 2/3

3. les fistules non néoplasiques ou bénignes de l'adulte,
fistules oeso-aériennes BENIGNES de l'adulte (F.O.A.B.).

Nous n'étudierons pas les fistules naïssances-natales, mais approcherons
le chapitre des fistules congénitales.

Le deuxième groupe, comprenant les fistules néoplasiques, est le plus souvent
de diagnostic évident et de moindre intérêt.

Enfin, le troisième groupe "fistules oeso-aériennes bénignes" reste
le plus intéressant, par les problèmes diagnostiques, étiologiques et théra-
peutiques qu'il pose.

Ce groupe des F.O.A.B. représente 1/6ème des fistules oeso-aériennes.

TABLEAU RECAPITULATIF DES FISTULES OESO-RESPIRATOIRES

1) F. Oeso-cavitaires

- | | | |
|----------------------------------|-------------------|------------------|
| | Spontanées | |
| a) Oeso-pleurales | Post-opératoires | |
| | Post-traumatiques | |
| b) Oeso-extra-pleurales | | |
| c) Oeso-extra-périostées | | Post opératoires |
| d) Oeso-extra-musculo-périostées | | |

2) F. Oeso-aériennes

- | | |
|---|--------------------------------------|
| a) Néo-natales oeso-trachéales | |
| | Oeso-trachéales, les plus fréquentes |
| b) Néoplasiques | Oeso-bronchiques |
| | Oeso-pulmonaires, rares |
| c) Non néoplasiques ou bénignes de l'adulte | |
| | Oeso-trachéales |
| | Oeso-bronchiques |

Les FISTULES OESO-AERIENNES BENIGNES

Historique

(d'après V. DOR)

Cet historique est dominé par trois faits :

- Les travaux de l'école lyonnaise en France,
- La précocité des publications allemandes,
- l'abondance des observations américaines.

I) A titre anecdotique :

En 1792, RICHTER exposa un cas de fistule oeso-aérienne chez un enfant.

En 1896, PONCET : Fistule actino-mycosique

En 1916, HEIDERICH, fistule congénitale

En 1924, FREY : un cas de diverticule oesophagien

En 1922 : KRAGH, fait la liaison entre diverticule, tuberculose et fistule oeso-respiratoire.

A cette époque, il s'agissait le plus souvent d'anatomie pathologique et d'étiologie que de thérapeutique.

II) Les publications de ces cas se multipliant, les premières études d'ensemble apparaissent :

- La thèse de BARRUT, en 1937, rassemble 98 cas de fistules oeso-respiratoires.
- VINSON, en 1936, traumatismes oesophagiens
- PAVIOT, sur les fistules d'origine tuberculeuse.

Le traitement et le diagnostic, à cette époque, rivalisent de découvertes et de méthodes, mais la réussite reste le plus souvent clinique.

SAUERBRUCH, en 1921, réussit le premier, par voie postérieure, EXTRA-pleurale, à ligaturer une communication oeso-pulmonaire.

A la même époque, il est fait appel aux embryologistes et pathogénistes pour essayer d'expliquer des mécanismes ou des étiologies peu évidentes.

III) Enfin, font date, les travaux de :

MONTSERRAT, en 1941, qui fait état de très nombreux cas de toutes étiologies,

R. MONOD, en 1944 et 1949, qui guérit les premiers cas français de diverticules sus-phréniques perforés dans le poumon.

COLLEMAN, isole nettement l'entité que forme la fistule oeso-respiratoire bénigne de l'adulte.

DUPREZ, en 1954, J. DOR en 1958 et J. de BEAUJEU en 1959 publient des articles complets à propos de cas personnels.

MATHEY et LORTAT-JACOB, font une revue générale en 1960 sur les fistules oeso-thoraciques dont 8 cas personnels de fistules oeso-aériennes.

Ce premier chapitre de notre travail nous conduit naturellement à exposer les observations qui en sont le sujet.

Quatre de ces cas de fistules oeso-aériennes appartiennent à Monsieur le Docteur TOTTY (hopital FOCH), le cinquième nous ayant été confié par Monsieur le Docteur G. ROCHE (hopital E. ROUX, Eaubonne).

Ces observations montrent la variété de la symptomatologie révélatrice et les difficultés du diagnostic d'une affection, grave, à laquelle il faudrait penser plus souvent.

lère Observation

Monsieur Gi... 38 ans - profession libérale.

Histoire de la maladie

- Sensations de "fausses routes" à la déglutition par intermittence depuis plusieurs années (1962) et sensation de brûlures à l'ingestion d'alcool.
- en janvier 1968, un épisode pulmonaire aigu avec température à 40°, traité par antibiotiques.
- En juillet 1968, nouvel épisode fébrile aigu. Le malade consulte alors pour la première fois un spécialiste qui constate un petit foyer dans le segment de Fowler droit, contre le médiastin, avec une petite image d'adénopathie inter-bronchique droite.
 - . Bronchoscopie négative
 - . Bronchogramme normal
- En décembre 1968, répétition d'un nouvel épisode infectieux. Il est alors conseillé un examen par un gastro-entérologue qui découvre une fistule broncho-oesophagienne au voisinage du départ de la bronche lobaire moyenne. (repas baryté le 13 janvier 1969)
Bacilloscopies négatives.
Alergie tuberculinique positive (primo-infection en 1950)

A l'entrée dans le service

- Bon état général. Température normale.
- 74 kg pour 1 m 73.
- Numération sanguine normale.
- Vitesse de sédimentation : 8 - 21.

Radio-tomos

A droite :

Il existe une petite masse hilare contre le segment intermédiaire se prolongeant en arrière le long du médiastin à la hauteur du segment de fowler.

A gauche :

Normal.

Bronchoscopie

"Il existe à droite un petit pertuis sur le versant médiastinal du segment intermédiaire à environ 1 cm de l'orifice lobaire moyen. Ce petit pertuis est orienté vers l'arrière. (je n'ai pas vu d'autre pertuis dans cette région. La bronche de Nelson a un aspect normal, non secrétant.

Toutes bronches par ailleurs normales".

Examen fonctionnel respiratoire :

Valeurs globales normales.

INTERVENTION LE 17 MARS 1969Docteur HERTZOG

Compte rendu opératoire :

Thoracotomie droite. Plèvre libre, sauf quelques adhérences relativement minimales au niveau du Nelson ; le médiastin lui-même ne semble pas avoir été intéressé par un processus inflammatoire ancien ou récent. Il n'est pas perçu de ganglions.

On dégage FACILEMENT une formation reliant l'oesophage à la face postérieure, membraneuse, de la bronche intermédiaire, du calibre d'une cigarette et d'une longueur de 15 mm environ. L'oesophage à ce niveau est parfaitement sain, sans réaction inflammatoire. Par contre, au niveau de la bronche, il y a apparence de réaction conjonctive ancienne, le conduit inter-oeso-bronchique étant enfoui dans du parenchyme un peu induré sur une longueur de 1 cm environ.

La FORMATION paraît être probablement CONGÉNITALE avec sans doute une petite réaction inflammatoire au voisinage de sa communication avec la bronche.

Le Nelson lui-même est actuellement d'excellente qualité.

Après isolement complet du canal de communication, il est RESEQUE.

Au niveau de l'oesophage, la communication est large (3 à 4 mm environ).

Au niveau de la communication bronchique, le pertuis est plus petit, pratiquement ponctiforme.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Trajet de fistule trachéo-oesophagienne. DOCTEUR MAZABRAUD.

"Il s'agit d'un tissu scléreux semé de quelques cellules inflammatoires.

Dans la partie moyenne du prélèvement, un épithélium malpighien limite une étroite fente.

Pas de signes historiques de malignité sur les coupes examinées".

A LA SORTIE

Poids : 65 kg

Radiographies-tomographies

A droite :

Dans la région hilare et contre le segment bronchique intermédiaire, il existe une petite masse de 1 cm 1/2 de diamètre s'étendant entre la L.S.D. et la L.M., reliquat d'une zone dense confuse post-opératoire. Cette image est surtout visible sur la coupe tomo II cm. Pas d'autre séquelle pleurale qu'un sinus un peu émoussé.

Radiographie de contrôle de l'oesophage :

Transit normal et morphologie normale.

CONCLUSION

Fistule inter-oeso-bronchique probablement congénitale, qui s'est manifestée au cours des dernières années par quelques discrètes "fausses routes" intermittentes aux liquides et qui a donné lieu au cours des derniers mois à trois accidents infectieux.

2^eme observation

Madame MA... 60 ans, sans profession.

HISTOIRE DE LA MALADIE

Longue histoire de suppuration broncho-pulmonaire.

Cette suppuration s'accompagne de temps en temps de petites hémoptysies.

Il est impossible en interrogeant la malade de préciser deux faits qui se révéleront importants :

- la date du début des troubles,
- si l'ingestion de liquide, et surtout de liquides alcoolisés, déclenche une toux.

Il semble que non.

A L'ENTREE DANS LE SERVICE

Etat général bien conservé : 55 kg pour 1 m 57

Température normale V.S. 37/70

EXPECTORATION : entre 50 et 100 cc de pus par jour.

Radios et Tomographies

Ce sont les tomographies de profil qui montrent les images les plus caractéristiques.

Destruction du lobe inférieur droit par des bronchectasies entourées de larges opacités.

BRONCHOGRAPHIES

Confirment la destruction totale du lobe inférieur droit par d'énormes bronchectasies. Il existe même un lac lipiodolé d'un calibre tout à fait exceptionnel à la partie la plus interne du cul de sac postérieur.

"cette image aurait dû faire évoquer le diagnostic. Nous regrettons de ne pas y avoir pensé et ainsi, de ne pas avoir demandé un transit oesophagien".

COMPTE RENDU OPERATOIRE - DOCTEUR P. HERTZOG -

Thoracotomie intercostale

Plèvre très symphysée sur le lobe inférieur, qu'il faut disséquer dans la paroi postérieure et sur la coupole diaphragmatique. L'irrigation systémique de cette symphyse est extrêmement importante, à tel point qu'on se pose la question de savoir s'il ne s'agit pas d'une séquestration kystique.

En réalité, on tombe dans le médiastin postérieur, sur un TRACTUS du diamètre d'une cigarette, qui unit très intimement la bronche lobaire inférieure à la face latérale de l'oesophage. La section de ce tractus montre une lumière tapissée de muqueuse apparemment oesophagienne ; et par cette lumière, on cathétérise très facilement l'oesophage.

Il s'agit indiscutablement d'une FISTULE BRONCHO-OESOPHAGIENNE, bien que du côté bronchique, la lumière soit obturée par un processus de sclérose.

Résection du trajet fistuleux, puis suture de l'oesophage puis lobectomie inférieure typique.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

"Il s'agit d'un fragment de tissu conjonctif scléreux, en partie recouvert par une muqueuse malpighienne".

Suites opératoires simples

Toutefois, atélectasie récidivante du lobe moyen. Deux bronchoscopies avec sont faites qui amènent enfin la normalisation.

CONCLUSION

Chez une femme de 60 ans, présentant une longue histoire bronchopathique, découverte récente d'importantes dilatations du lobe inférieur droit.

Au cours de la lobectomie, découverte d'une fistule oeso-bronchique qui n'avait pas été prévue.

3ème observation1966

Madame JO... - 53 ans.

HISTOIRE DE LA MALADIE

Chez une malade de 50 ans apparaît une adénite sus-claviculaire gauche qui fait faire, en pensant au diagnostic de Hodgkin, un cliché thoracique qui découvre un médiastin très élargi.

Le ganglion sus-claviculaire est biopsié :

tuberculose.

Une chimiothérapie est mise en oeuvre. Six mois plus tard apparaît une toux incoercible à l'ingestion de liquide. Le diagnostic de fistule oeso-bronchique est rapidement porté mais la malade refuse alors l'intervention proposée.

Depuis cette époque, la symptomatologie ne s'est pas modifiée.

La malade a modifié son alimentation en conséquence.

- assez nombreux épisodes fébriles en rapport avec des accidents de déglutition qui n'ont jamais été très importants du point de vue radiologique.
- Une BRONCHOGRAPHIE faite récemment montre l'absence complète de bronchectasies.

A L'ENTREE DANS LE SERVICE (AVRIL 1965)

- Etat général floride remarquablement conservé malgré les restrictions alimentaires portant sur les liquides.
- 74 kg pour 1 m 59 - Température normale.

Radio et tomos :

Image thoracique strictement normale.

Transit baryté :

Montre un oesophage dyskinétique avec passage cardial lent.

- fistule oeso-bronchique représentée par un canal de 2 cm environ de long faisant communiquer le 1/3 moyen de l'oesophage avec l'origine de la bronche souche droite.
 - Noter l'existence d'un petit diverticule sur le 1/3 supérieur de l'oesophage.
-

COMPTE RENDU OPERATOIRE

DOCTEUR PERSONNE.

Fort curieuse observation d'une FISTULE BRONCHO-OESOPHAGIENNE, cliniquement évidente depuis trois ans et qui pourrait avoir suivi une adénopathie médiastinale TUBERCULEUSE, chez une femme de 50 ans.

Thoracotomie par le 5ème espace.

Plèvre libre sauf dans la gouttière postérieure à sa partie moyenne.

Ouverture de la plèvre le long de la bronche droite et de la trachée.

Section de l'azygos.

La dissection du bord interne de la bronche conduit sur un plan aisément praticable, correspondant à la face antérieure de l'oesophage, sauf sur une zone de trois cm environ que l'on réduit rapidement à un CANAL du calibre d'une cigarette, qui relie l'oesophage à la face interne de l'origine de la bronche souche droite.

Ce "DIVERTICULE FISTULISE" est sectionné. On en resèque un cm pour redonner à l'oesophage un calibre normal à ce niveau. Réparation oesophagienne.

On se porte alors sur la bronche et l'on se rend compte que la fistule est tapissée d'un épithélium d'aspect digestif jusque dans la bronche.

Sonde qui sera conservée une semaine.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Dans l'ensemble, le prélèvement est représenté par un croissant scléreux et musculaire recevant dans sa concavité une épaisse muqueuse malpighienne. On remarque encore dans le tissu scléro-musculaire une petite plage malpighienne centrée par une lumière optiquement vide.

Il faut encore signaler la présence de quelques infiltrats inflammatoires.

DOCTEUR MAZABRAUD.

A LA SORTIE (MAI 1965)

Rien à signaler ; reprise d'une alimentation normale.

CONCLUSION

Fort intéressante observation d'une fistule oeso-bronchique d'étiologie ambiguë.

1. - Un élément très important en faveur d'une origine bacillaire. (ganglion sus-claviculaire il y a trois ans) ;
 2. - Un élément de moindre valeur en faveur d'un diverticule fistulisé : un petit diverticule adhérent ;
 3. - A l'intervention, on aurait volontiers l'impression d'une affection congénitale.
-

4 ème observationHISTOIRE DE LA MALADIE

Le malade consulte pour amaigrissement de 15 kg

semblant avoir débuté depuis quelques années

Foyer infectieux aigu de la base pulmonaire droite avec toux.

Antécédents notables :

Infarctus du myocarde postéro-latéral

Bronchitique chronique

A L'ENTREE DANS LE SERVICE DU DOCTEUR ROCHE

le 13 12 1969

Etat cachectique, maigreur extrême

Devant ce tableau, on évoque une néoplasie viscérale.

Il est alors pratiqué un transit baryté oeso-gastro-duodénal qui sera interrompu devant l'apparition du produit opaque dans le système bronchique droit.

On reprend l'INTERROGATOIRE

On retrouve alors l'existence d'une TOUX DE DEGLUTITION, élément capital, mais il n'est pas possible de préciser si elle existait antérieurement à cet accident infectieux.

Fait important, un transit baryté a été pratiqué le 15 9 1969 qui ne relève pas d'anomalie (On est cependant en droit de se demander ce qui avait motivé cet examen).

OESOPHAGOSCOPIE

Docteur GROLEE

"Le tube coulisse bien. Aucune atteinte néoplasique n'est observée. Cependant, un orifice apparaît à 30 cm des arcades dentaires, à 2 heures. Au-delà, la paroi oesophagienne est normale".

BIOPSIE

Docteur ORCEL

"Nature inflammatoire de l'épithélium du prélèvement biopsié en bordure de l'orifice, sans aucun signe de malignité".

BRONCHOSCOPIE

Docteur DESTOMBES - 9.1.1970

"On trouve d'emblée un orifice de fistule sur le versant droit de l'éperon trachéal, à 1 cm sous l'éperon, à 29,5 cm des arcades dentaires (mesuré), orifice dont le fond est encombré d'un enduit noir et gélatineux".

ASPIRATION

Docteur RENAULT

"Poussières nombreuses CHARBONNEUSES, expliquant la coloration noirâtre du liquide, par transsudation de poussières incluses dans des ganglions médiastinaux".

BIOPSIE BRONCHIQUE

Docteur RENAULT - le 16.1.1970

"La paroi bronchique prélevée est modifiée au niveau de sa muqueuse par des altérations inflammatoires chroniques ou subaiguës, d'ordre anonyme.

Aucunes traces tumorales ne sont observées.

La sécrétion bronchique aspirée est formée de muco-pus, poussières charbonneuses et cellules inflammatoires.

Les CLICHES STANDARDS ET TOMOGRAPHIQUES ne montrent aucunes calcifications médiastinales.

En RESUME

TOUX DE DEGLUTITION chez un bronchitique chronique qui présente un foyer aigu pulmonaire de la base droite.

Découverte d'une fistule oeso-bronchique qu cours d'un transit baryté oesophagien.

Le 27.1.1970, le malade est adressé dans le Service du Docteur FOURESTIER (Hopital de NANTERRE) où le Docteur CHAMOUARD pratique une bronchoscopie filmée qui montre bien l'aspect bronchique, ainsi qu'une oesophagoscopie filmée d'interprétation discutable. L'orifice n'est pas vu, mais on sait cela, du fait du glissement de la muqueuse venant obturer l'orifice.

Depuis le 8 janvier 1970, une SONDE GASTRIQUE est mise en place pour nourrir le malade.

Le 2 février 1970, le malade est adressé à la consultation du Docteur FEKETE qui constate la persistance d'une petite toux de déglutition à l'ingestion de liquides.

Le malade est accepté dans le Service (LORTAT-JACOB) pour bilan, en vue d'une intervention.

Le 5 février 1970, l'aspect endoscopique reste inchangé à la broncho-scopie, l'orifice oesophagien n'est pas retrouvé.

Un transit oesophagien baryté ne montre plus de passage de produit opaque dans le système bronchique droit, MAIS on découvre un DIVERTICULE DU 1/3 MOYEN de L'OESOPHAGE, inconnu jusqu'alors.

Le 12 février 1970, la sonde gastrique est enlevée, le malade reprend une alimentation normale.

CONCLUSIONS

Docteur FEKETE

"Guérison spontannée de l'atteinte oesophagienne par sonde gastrique.

L'orifice gastrique semble avoir diminué".

La guérison spontannée d'une fistule oeso-aérienne est ainsi possible par mise au repos de l'oesophage, facilitant la cicatrisation de la lésion oeso-phagienne.

EN CONCLUSION :

FISTULE OESO-BRONCHIQUE, avec DIVERTICULE du 1/3 moyen de l'oesophage.

Sa nature CONGENITALE ne peut être retenue.

L'origine acquise semble plus vraisemblable, l'élimination d'un GANGLION ANTHRACOSIQUE étant probable.

5 ème observation

Monsieur BE... 25 ans (étalagiste)

HISTOIRE DE LA MALADIE

1. Pleurésie gauche en 1942

Expectoration assez banale, saisonnière.

2. Mai 1948

Episodes pulmonaires aigus. ABCES DU POUMON.

Première hémoptysie

Radio : Suppuration massive du lobe inférieur droit.

3. Juillet 1949

Un fond continu d'expectoration persiste invariable.

Nouvelle hémoptysie, de grande abondance.

Dès cette époque, le malade signale que la DEGLUTITION DES LIQUIDES, surtout ALCOOLISES, provoque une toux.

4. Août 1950

Hémoptysie de grande abondance.

RADIOS : Séquelles d'abcès para-hilaire droit, Apex du lobe inférieur droit, de type pyosclérose, avec déformation importante des gros troncs bronchiques.

5. Le 29.9.1950

INTERVENTION DOCTEUR HERTZOG.

COMPTE RENDU OPERATOIRE

Thoracotomie par résection de la 6ème côte.

La plèvre est entièrement symphysée. Sa libération en extra-pleural (1950) est très hémorragique.

La libération pédiculaire s'avère aisée au niveau de la bronche souche, sous la crosse de l'azygos, par contre, elle est extrêmement difficile dès qu'on prolonge sa libération vers le bas.

A cet endroit, on dissèque au contact de l'oesophage un tractus dur, dense, qui conduit vers la bronche lobaire inférieure.

La libération progressive de ce tractus fait apparaître une FISTULATION entre l'oesophage et la bronche lobaire inférieure droite, fistulation évidente. On arrive en effet à pédiculiser un tractus qui, sectionné, conduit à la fois dans la bronche et dans l'oesophage...

Le malade fera trois séjours successifs à l'hôpital FOCH à partir du troisième mois suivant l'opération.

Il est décédé en 1953, d'une purulence thoracique droite.

ETIOLOGIE DES FISTULES OESO-AERIENNES BENIGNES

Cette affection atteint indifféremment les deux sexes et peut se rencontrer à tous les âges ; du nouveau-né au vieillard. Les F.O.A.B. peuvent être congénitales ou acquises. Le groupe des F.O.A.B. acquises reste évidemment le plus important par la diversité des causes favorisantes, qu'elles soient traumatiques, infectieuses ou par diverticule, (encore que ce dernier mode puisse entrer dans la théorie congénitale).

J. et V. DOR nous proposent la classification suivante :

I) Fistules CONGENITALES

II) Fistules ACQUISES

Contusions thoraciques

Externes

Plaies chirurgie

a) traumatiques :

corps étrangers

Internes

endoscopie

caustiques

b) Inflammatoires ou Infectieuses

tuberculeuses

1. Spécifiques

siphilis

actinomyose

2. Non spécifiques : l'inflammation peut alors avoir une origine :

a. Oesophagienne

	traumatique
- rétrécissement	&
	inflammatoire

- Diverticule
- Oesophagite
- Péri-oesophagite

b. Bronchique broncholithiase

c. Ganglionnaire

FISTULES CONGENITALES

Les premiers cas décrits remontent à 1792 (RICHTER). En 1873, LAMB d'une part, PINARD et TARNIER d'autre part, rapportent deux observations de cette anomalie.

En 1939, IMPERATORI rapporte le premier cas de guérison chirurgicale chez un enfant de six ans.

L'ORIGINE CONGENITALE

d'une fistule est certaine chez le nouveau-né, (elle s'accompagne souvent de malformations associées), est encore relativement facile à affirmer chez l'enfant, mais cette affirmation devient aléatoire chez l'adulte, alors qu'elle est parfaitement explicable.

ANATOMIE, EMBRYOLOGIE

Très rarement cervical, le siège de la fistule est en général, thoracique, le plus souvent, au niveau de la caréna. Rarement, il s'agit d'un accolement entre oesophage et trachée avec une déhiscence large faisant communiquer les deux. Dans la plupart des cas, la fistule est formée par un canal individualisé, haut de 1/2 cm à 1 cm, assez long et dirigé obliquement en avant et en haut, obliquité qui explique que le transit des aliments puisse se faire correctement et que le diagnostic ne soit porté qu'à l'âge adulte.

Pour JACKSON, le début retardé des troubles est expliqué soit par une obstruction de la fistule par un bouchon alimentaire, soit par son obturation initiale par une membrane qui se romprait ultérieurement.

Du point de vue embryologique :

La fistule est la conséquence d'un arrêt de développement de la cloison médiane qui se développe, lorsque l'embryon a environ 1 cm de long, dans la portion haute de l'intestin primitif, pour permettre l'isolement de la voie respiratoire en avant et en arrière de l'oesophage. La communication entre ces deux organes s'explique par une anomalie de fusion entre les bourgeons latéraux sur une hauteur plus ou moins importante. Enfin, l'abaissement plus rapide de l'oesophage fait comprendre l'obliquité de la fistule.

La cause de cette malformation est très discutée : pour certains, elle serait due à une anomalie vasculaire qui empêcherait la fusion des bourgeons latéraux ; pour d'autres, elle serait d'origine génétique, par suite de la relative fréquence des malformations associées.

Théorie CONGENITALE de la FISJULE DIVERTICULAIRE

Il a été fait la preuve de l'existence certaine de diverticules oesophagiens congénitaux, formés par l'attraction d'un bourgeon oesophagien plein, par la trachée, qui se perméabilise ensuite.

Dès lors, on peut obtenir ceci :

- soit le diverticule congénital avec fistule congénitale,
- soit le diverticule congénital avec fistule ACQUISE,

Dans tous les cas, il reste difficile d'affirmer, chez l'adulte, la congénitalité des fistules oeso-aériennes bénignes. Cependant, les critères cliniques, para-liniques, anatomiques et histologiques permettront d'approcher la vérité, jusqu'à un certain âge.

FISTULES OESO-AERIENNES BENIGNES ACQUISES

Elles seront traumatiques ou spontanées.

Seules, les fistules O.A.B. spontanées nous intéressent.

V. DOR fait état de 144 cas de F.O.A.B. spontanées et retrouve quant à leurs étiologie :

a) Fistules inflammatoires ou infectieuses

(Diverticulaires le plus souvent)

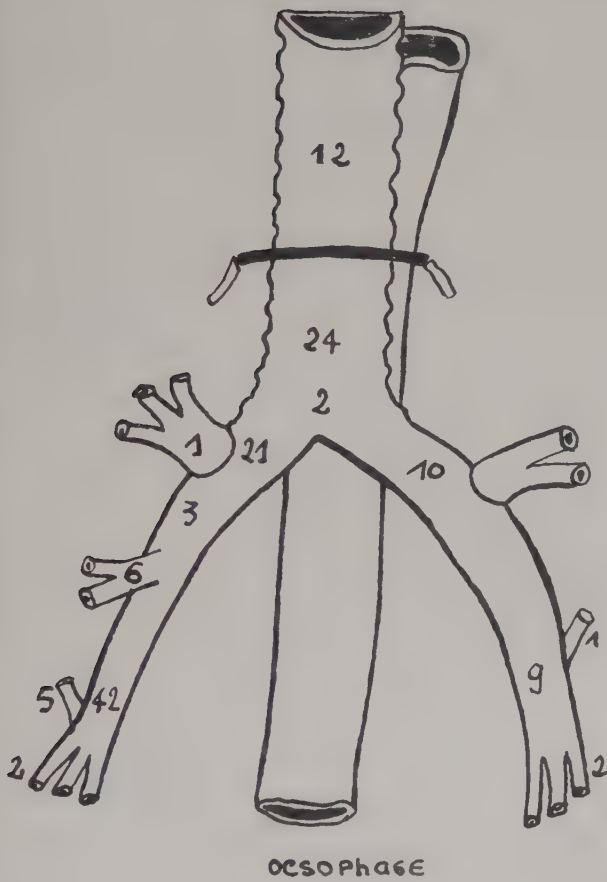
- Tuberculose	58 cas
- Germes banaux	13 cas
- Siphilis	12 cas
- Actinomycose	1 cas

b) Causes diverses

- Pepticité sur diverticule	5 cas
- Broncholithiase	4 cas
- Causes mal définies	51 cas

Il semblerait que la moitié des cas serait d'origine tuberculeuse, expliquée par l'évolution des adénopathies, c'est-à-dire :

Une primo-infection laisse une cicatrice ganglionnaire qui, en se rétractant, attire l'oesophage en un point, créant ainsi le "diverticule de traction" de ZENKER, diverticule qui siège, le plus souvent, au tiers moyen de l'oesophage thoracique, en regard des amas ganglionnaires de la bifurcation trachéale.



← Trachée Cervicale

← Trachée Thoracique.

← Bronches

Siège préférentiel des F.O.A.

(D'après V-DOR.)

Le diverticule pourra alors :

- a) soit rester une découverte radiologique,
- b) soit se fistuler, par réchauffement secondaire de l'adénopathie, dans l'arbre respiratoire.

D'autres types de diverticules peuvent subir la même évolution, qu'ils soient diverticules de PULSION, par dyskinésie oesophagienne, ou diverticules CONGENITAUX.

- la fistulation sera due à une inflammation à germes banaux par stase dans le diverticule,
- soit à l'inflammation d'une adénopathie,
- soit par pepticité au niveau d'un diverticule épiphrénique,
- enfin, la broncholithiase entre dans la catégorie des causes mal définies.

TOPOGRAPHIE

Trachée thoracique : dans un faible pourcentage 1/5

Arbre bronchique

Caréna	++
B.S.D.	+++
B.I.D. B.L.S.D. B.L.M.	++
B.L.I.D. et segment	2 à 3/5

A gauche, dans 1/5 des cas.

Siège d'élection : 1° Arbre bronchique DROIT +++
 2° Trachée thoracique ++

Dans la majorité des cas, l'attache bronchique se tient à la face postérieure.

MORPHOLOGIE

On en relève trois types :

- A) F. par coaptation sans trajet intermédiaire, dont le type est la fistule congénitale haute. (Il en est de même pour la F. traumatique).
- B) Fistule à trajet régulier, de siège bronchique congénital, ou évolution d'un trajet inflammatoire qui s'organise.
- C) F. diverticulaire à orifice oesophagien large et à orifice bronchique variable, souvent punctiforme.

Schémas



Type I



Type II



Type III

CLINIQUE ET DIAGNOSTIC DES FISTULES OESO-AERIENNES

Si les fistules néo-natales offrent une symptomatologie souvent évocatrice, avec troubles de la déglutition, toux, cyanose, dilatation gastro-intestinale, incidents pulmonaires, il n'en va pas de même pour les fistules de l'adulte dont le diagnostic reste encore trop souvent une découverte per-opératoire. Il s'agit d'une affection à laquelle il faudra penser devant des signes cliniques d'apparence banale, mais évocateurs par leur répétition dans le temps.

TOUX dite "de DEGLUTITION"

Cette toux se manifestera avec un temps de LATENCE après l'ingestion d'un liquide le plus souvent. Cette notion d'intervalle libre est capitale et très évocatrice d'une communication oeso-aérienne.

Dans la plupart des cas, ce ne seront que quelques secousses brèves, parfois quinteuses ; en tout cas, toux capricieuse, ne se répétant plus avec une bouchée épaisse, ou selon certaines positions.

On la différenciera d'une "FAUSSE ROUTE" qui se manifeste par des efforts de toux intenses, survenant immédiatement après la prise d'un liquide sans intervalle libre.

Enfin, cette toux accompagnera le plus souvent une infection bronchopulmonaire, (la toux pouvant cesser d'ailleurs entre deux épisodes infectieux). Elle peut être suivie d'une expectoration contenant des débris alimentaires, alors très parlante.

Typiquement, l'auscultation attentive pourrait permettre de percevoir une bouffée de râles humides après l'ingestion d'un liquide.

DILATATION CASTRO-INTESTINALE

Inversement, le passage d'air dans l'oesophage peut se traduire par un ballonnement abdominal intense, ou simplement par des éructations intenses et fréquentes.

Cependant, la symptomatologie restera à maximum

PULMONAIRE, avec :

- foyers infectieux aigus pulmonaires à répétition,
- abcès pulmonaires,
- bronchites trainantes,
- bronchectasies
- hémoptysies,
- épanchements pleuraux, rarement.

Tous ces épisodes seront recherchés par un interrogatoire qui retrouvera souvent leur existence de longue date.

(On essaiera de même de préciser la notion d'ingestion d'un liquide toxique pour la muqueuse oesophagienne, ou la survenue ancienne d'une contusion thoracique).

EXAMENS COMPLEMENTAIRES

De nombreux examens para-cliniques, endoscopiques et radiologiques nous permettront bien souvent de visualiser une communication inter oeso-bronchique, quand elle aura été soupçonnée.

RECHERCHE DES ORIFICES FISTULEUX

a) BRONCHOSCOPIE

Typiquement, montre l'orifice fistuleux, avec la présence à son niveau de bulles d'air, parfois au fond d'une dépression en cupule.

Ailleurs, une muqueuse hyperhémiee, une sécrétion importante, l'orifice ponctiforme restant invisible.

Enfin, il peut ne pas être accessible à la vision directe.

b) OESOPHAGOSCOPIE

Peut visualiser l'orifice, ou restera souvent négative, le glissement de la muqueuse venant obturer l'orifice oesophagien.

c) EPREUVE AU BLEU DE METHYLENE

Bronchoscopie et oesophagoscopie permettent, au moyen d'une sonde passée dans le tube, d'injecter 1 à 2 ml de BLEU DE METHYLENE, qu'on retrouvera dans les bronches si l'injection est oesophagienne, au niveau de l'oesophage dans le cas contraire.

Mise en évidence du TRAJET FISTULEUX par les techniques d'OPACIFICATION

BRONCHOGRAMME LIPIODOL

Il présente un double intérêt :

- a) mise en évidence du trajet fistuleux parfois,
 ailleurs, la présence du produit opaque dans l'oesophage (ou l'estomac) le fera évoquer ;
- b) renseigne sur l'état bronchique
 - bronchectasies
 - cavités.

LIPIODOL OESOPHAGIEN

Sera révélatrice la présence du produit de contraste dans l'arbre aérien.

Parfois, opacification du trajet fistuleux.

Enfin, objectivation d'un ou plusieurs diverticules oesophagien.

TRANSIT OESOPHAGIEN

Demandé devant une dysphagie, on aura la surprise de trouver un produit opaque dans un champ pulmonaire.

Par ailleurs, on lui préférera le lipiodol oesophagien, le lipiodol n'étant pas irritant pour la muqueuse bronchique, contrairement à la baryte.

RADIOCINEMATOGRAFIE

Examen capital : il est devenu une méthode de choix.

Les avantages en sont :

- facilité d'emploi, faible toxicité,
- Rapidité des prises de vue qui permet l'étude analytique au ralenti, ou image par image, et facilite le dépistage de modifications morphologiques FUGACES.

Elle est donc irremplaçable dans l'étude des fistules oeso-aériennes, pouvant objectiver l'opacification du trajet fistuleux , quand le passage du produit de contraste dans la communication est extrêmement court.

A la suite de cet exposé, nous rappellerons qu'il faudra demander ces examens devant la notion d'une toux de déglutition, et que c'est encore trop souvent le chirurgien qui découvrira l'affection, alors que la bonne interprétation de la clinique aurait dû nous mettre sur la voie.

D I A G N O S T I C

Les deux causes les plus fréquentes restent :

1) Adénopathies

2) Congénitale

I) ETIOLOGIE GANGLIONNAIRE

Antécédents

. Primo-infection avec adénopathies

. Tuberculose pulmonaire

L'interrogatoire ne retrouve pas la notion d'une symptomatologie évocatrice dans l'enfance ou l'adolescence.

Age

Adulte.

Radiologie et chirurgie

Présence d'adénopathies calcifiées

Siège de la fistule au voisinage de ganglions

Présence d'une poche sur le trajet fistuleux

Existence d'un diverticule.

II) ETIOLOGIE CONGENITALE

Episodes pulmonaires fréquents dans l'enfance avec toux de déglutition

Absence d'antécédents de primo-infection et négativité des réactions tuberculiniques.

Age : Adolescent, adulte jeune.

Existence de malformations associées

Coexistence de bronchectasies

Diverticule connu de longue date

Aspect du trajet fistuleux : long, régulier, libre dans un médiastin sans adénopathies.

D I A G N O S T I C D I F F E R E N T I E L

- Fausses routes
- Fistules gastro-bronchiques ou gastro-pleuro-bronchiques.

(LORTAT-JACOB)

- Fistulisation d'un diverticule dans une adénopathie sans atteinte de la paroi bronchique.

Le diagnostic de bénignité est capital, avec l'élimination de l'atteinte cancéreuse qui, rappelons le, reste de loin l'étiologie majeure (plus de 2/3 des cas).

A PROPOS DE NOS CINQ OBSERVATIONS

1. Age : L'âge de nos malades, trois hommes et deux femmes, s'étage de 25 ans à 69 ans.

2. Chacun a présenté une symptomatologie pulmonaire révélatrice, que ce soit :

- Episode infectieux aigus
- Broncheectasies
- Adénopathies
- abcès pulmonaire
- hémoptysies

Ces symptômes sont apparus de quelques mois à quelques années avant que le diagnostic soit porté.

3. Dysphagie et toux de déglutition sont retrouvées dans 4 des 5 cas, souvent plus nettes avec les boissons alcoolisées.

Pour une malade, ce symptôme n'était pas précisable, ainsi que la date de début des troubles.

4. Dans deux cas, l'affection a eu un retentissement grave sur l'état général.

5. Le diagnostic a été posé avant une sanction chirurgicale pour 3 des 5 observations, toujours avec une certaine latence depuis le début des troubles.

Dans deux cas, l'affection a été une découverte opératoire.

6. Dans les 5 cas, l'attache bronchique de la fistule siège sur l'arbre bronchique droit.

Deux	:	B.S.D.
Deux	:	B.L.D.Dte
Une	:	Segment intermédiaire droit

Des diverticules oesophagiens sont mis en évidence dans deux cas.

7. Quatre cas sur cinq ont été opérés avec succès, interventions suivies de guérison complète des troubles.

8. Dans les observations 1, 2, 3 et 5, la fistule oeso-bronchique est CANALAIRE (Type II).

- Les cas 3 et 4 présentent des DIVERTICULES OESOPHAGIENS.

- Morphologie des tractus fistuleux :

- . 1 à 2 cm de long
- . 3 à 4 mm de diamètre.
- . Orifice oesophagien large, bronchique étroit ou ponctiforme.
- . Libres d'adhérences dans trois cas.

9. Histologie pour trois observations

- . Tissu conjonctif ou scléreux
- . Epithélium malpighien
- . Cellules inflammatoires

ETIOLOGIES

Restent difficiles à préciser. En effet, si en théorie la classification en fistules congénitales ou acquises s'appuie sur des critères précis, il n'en

va pas de même en pratique où l'étiologie retenue reste imprécise (dans trois cas).

Obs 1 - Mr G...

- . Age 38 ans
- . Pas d'adénopathie
- . Bacilloscopies négatives (allergie +)
- . Symptomatologie existant depuis 6 ans
- . Canal inter oeso-bronchique de 1,5 cm sur 4 mm
- . Libre d'adhérences
- . Histologie : Epithelium malpighien

Tissu scléreux

Tous ces signes sont en faveur de l'origine CONGENITALE de l'affection.

Obs 2 - Mme M...

- . Age 60 ans
- . Longue histoire de suppuration broncho-pulmonaire.
- . Bronchectasies du lobe inférieur droit
- . Pas d'adénopathie
- . Lac lipiodolé
- . Tractus inter oeso-bronchique canalaire

Histologie Tissu scléreux

Epithélium malpighien

- . Aspect CONGENITAL POSSIBLE , si ce n'est l'âge...

Obs. 3 - Mme J...

- . Age 53 ans
 - . Adénite tuberculeuse
 - . Adénopathies médiastinales
 - . Diverticule du 1/3 supérieur de l'oesophage
 - . Fistule canalaire (2 cm) avec diverticule du 1/3 moyen de l'oesophage
 - . Absence d'antécédents pulmonaires.
1. Les adénopathies tuberculeuses sont en faveur d'une origine acquise de la fistule ; le diverticule pouvant être un diverticule de "TRACTION de ZENKER"
 2. L'aspect macroscopique de la fistule, canalaire, l'existence d'un autre diverticule oesophagien, plaident en faveur d'une étiologie congénitale.
 3. Enfin, cette observation peut se placer dans la théorie congénitale du diverticule. Ce dernier étant venu à se fistuliser au contact d'une adénopathie tuberculeuse.

Obs. 4 - Mr. J...

- . Age 69 ans
- . Pas d'antécédents anciens
- . Absence d'adénopathies
- . Allergie tuberculinique négative
- . PRESENCE d'antracose macroscopiquement et histologiquement
- . Diverticule oesophagien isolé.

1. Ces arguments permettent de rejeter l'origine congénitale de l'affection
2. Ils sont plus en faveur d'une fistulisation d'un ganglion anthracosique, qui s'est éliminé.

Enfin le diverticule peut apparaître comme l'origine oesophagienne de la fistule cicatrisée.

Obs. 5 - Mr B...

- . Age 25 ans
- . Abscès pulmonaire à 24 ans
- . Fistule canalaire

Aspect étiologique douteux. L'origine reste le plus probablement CONGÉNITALE.

Ces observations entrent donc bien dans le cadre des FISTULES OESO-AÉRIENNES. Elles relèvent qu'il s'agit d'une affection qui est grave par son retentissement sur l'appareil respiratoire, sinon par ses étiologies. Son diagnostic positif reste difficile et c'est en cela qu'il faudra savoir y penser, nous le répétons, et s'aider d'un interrogatoire minutieux.

Le diagnostic étiologique se compliquera d'autant plus que l'âge du malade sera plus avancé, et que des éléments se surajouteront, qui viendront égarer une origine congénitale.

Dans l'une de nos observations, le traitement chirurgical a été différé, en raison de l'état précaire du malade et de la disparition des troubles après mise

au repos de l'oesophage par une sonde gastrique.

Mais il doit rester la règle car radical. Dans nos quatre cas opérés, la chirurgie a amené la guérison complète, avec disparition de la fistule.

Les suites opératoires ont toujours été simples ; (si ce n'était, dans un cas, une atélectasie du lobe moyen, récidivente, qui a cependant cédé après deux broncho-aspirations.

Cette conclusion nous conduit à entrevoir le traitement des fistules oeso-aériennes, qui peut être médical, exceptionnellement, chirurgical, en règle.

T R A I T E M E N T

Nous ne ferons qu'énoncer les grandes lignes du traitement des F.O.A.B. qui sera CHIRURGICAL en règle. Il s'accompagnera d'une préparation soigneuse et sera radical, avec la résection de la fistule. Il faudra auparavant discuter la nécessité d'associer à cette résection une excrèse parenchymateuse.

Comme pour toute intervention chirurgicale, il faudra pratiquer :

- . Un bilan général complet
- . Un examen FONCTIONNEL respiratoire.

Une antibiothérapie sera mise en route. Enfin, la mise au repos des lésions nécessitera la pose d'une sonde gastrique, par voie nasale.

Le traitement étiologique (ex tuberculose) durera le temps nécessaire.

Il existe trois méthodes dont deux seront exceptionnelles, dictées alors par l'impossibilité du malade à supporter la troisième :

1. Médicale

Avec abstention chirurgicale, (sera observée dans notre observation n° 4)

2. Endoscopique

Si l'état du malade reste une contre-indication à la chirurgie, consiste à occlure l'orifice oesophagien par cautérisation diathermique.

3. Méthode chirurgicale

- Elle se fera par thoracotomie trans-pleurale DROITE le plus souvent, gauche si une exérèse parenchymateuse est nécessaire de ce côté.
- Dans la majorité des cas, au niveau des 5 et 6 èmes espaces
- Le dégagement de la fistule sera plus ou moins facile selon le degré d'inflammation et d'adhérences.
- Une fois la lésion isolée, une résection suivie de sutures sera faite. (La ligature simple étant déconseillée).
- LORTAT-JACOB signale l'intérêt d'enlever les adénopathies pouvant être la source de récurrence.
- Enfin l'exérèse pulmonaire sera pratiquée si elle s'avère nécessaire.

Nous dirons que ce traitement chirurgical sera conseillé dans la majorité des cas. En effet, il amène toujours la guérison, les suites opératoires étant très souvent simples.

Il reste contre-indiqué cependant, chez les malades cachectiques, les vieillards, les patients porteurs de maladies faisant réfuter d'emblée toute chirurgie (cardiopathies, insuffisance respiratoire...).

C O N C L U S I O N S

Comme nous l'avons vu, les fistules oeso-trachéales de l'atrésie oesophagienne du nouveau-né et la fistulation endo-bronchique d'un cancer oesophagien représentent la grande majorité des fistules OESO-AERIENNES.

Cependant, entre ces deux formes se situent les FISTULES OESO-AERIENNE BENIGNES, affections plus rares, parfois méconnues ou découvertes fortuitement.

Ces formes sont bénignes par leurs étiologies, mais leur présence entraîne le plus souvent des lésions de l'appareil pulmonaire parfois considérables, lésions qui font que cette bénignité devient très relative.

Le point important reste leur DIAGNOSTIC qui devra être le plus précoce, le traitement chirurgical alors simple consistera en la résection de la communication, excluant une mutilation pulmonaire. Dans le cas contraire, le diagnostic étant porté tardivement, le traitement pourra se compliquer d'amputation parenchymateuse, aggravant notablement le pronostic.

C'est en cela que nous rappèlerons la nécessité de penser à cette affection devant une symptomatologie banale, mais caractéristique qui se répète dans le temps.

Par ailleurs, l'aspect intéressant de ces affections réside non pas tant dans leur diagnostic, mais surtout dans la recherche et la mise en évidence de leurs étiologies ; soit CONGENITALE, soit ACQUISE, et dans cette deuxième solution, l'explication du mécanisme ayant provoqué la fistulisation, mécanisme dont l'affirmation reste souvent problématique comme trois de nos observations le montrent.

VU, LE PRESIDENT DE THESE

VU, LE DOYEN DE LA FACULTE

H. BROCARD

J. LOYGUE

VU, ET PERMIS D'IMPRIMER
LE RECTEUR DE L'ACADEMIE DE PARIS

R. MALLET.

